

様式第8号（第17条関係）

専門研修受講開始（~~修了~~）届

年 月 日

（宛先）

埼玉県知事

住 所

氏 名

貸与番号

専門研修の受講を下記のとおり開始（修了）したので、埼玉県医師育成奨学金貸与条例施行規則第17条の規定により届け出ます。

記

- 1 研修先の病院（診療所）及び診療科名
- 2 専門研修の種類
- 3 専門研修の開始（修了）年月日
年 月 日
- 4 研修期間
年 月 日から 年 月 日まで

上記のとおり、当院において専門研修の受講を開始（修了）したことを証明します。

年 月 日

所在地

病院（診療所）名

病院（診療所）長